

Katalin Hegedűs

Institute of Behavioral Sciences, Semmelweis University; Hungarian Hospice Palliative Association;
European Association for Palliative Care

Analiza SWOT opieki paliatywnej i hospicyjnej na Węgrzech

Przedrukowano za zgodą z: *Advances in Palliative Medicine* 2010; 9, 4: 111–116

Streszczenie

Wstęp. W niniejszej pracy przeanalizowano obecną sytuację systemu opieki paliatywnej i hospicyjnej na Węgrzech. Celem było pogłębienie wiedzy na temat pozytywnych aspektów sprawowanej opieki, jak również barier ograniczających jej rozwój w obrębie istniejącego od 1991 roku systemu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Materiał i metody. W pracy wykorzystano analizę SWOT, za pomocą której zbadano czynniki wewnętrzne w postaci mocnych i słabych stron oraz czynniki zewnętrzne w postaci szans i zagrożeń oddziałujących na system. Na początku 2010 roku Węgierskie Towarzystwo Opieki Hospicyjnej i Paliatywnej rozesełkowało ankiety do 69 aktywnie działających ośrodków opieki hospicyjnej na Węgrzech, z czego wypełnione ankiety odesłało 49 ośrodków.

Wyniki. Do mocnych stron zaliczają się dobrze rozwinięte uregulowania prawne, poparcie i finansowe wsparcie rządu oraz wielopoziomowe szkolenia zawodowe dostępne w różnych miejscach. Słabe strony to przede wszystkim brak faktycznej interdyscyplinarności oraz deficyt lekarzy. Powodzeniu może zagrażać również brak kompleksowej, uogólnionej polityki zdrowotnej, charakterystycznej dla systemów politycznych państw Europy Środkowo-Wschodniej. Spośród szans warto wymienić rozwój struktur zarządzania, określenie kompetencji i wymogów zawodowych oraz obietnicę dalszego rozwoju jednostek opieki paliatywnej wewnątrz klinik uniwersyteckich.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2011; 5, 1: 16–21**Słowa kluczowe:** opieka paliatywna, opieka hospicyjna, analiza SWOT, Węgry

Wstęp

Historia hospicjów na Węgrzech w zarysie

Pierwsza organizacja hospicyjna na Węgrzech, Węgierska Fundacja Hospicyjna, została utworzona w 1991 roku, po upadku socjalizmu. Znaczną część rozwoju inicjatyw hospicyjnych w kraju wspierała i finansowała Fundacja Sorosa, działająca w ramach Instytutu Społeczeństwa Otwartego. Węgierskie Towarzystwo Opieki Hospicyjnej i Paliatywnej, będące narodową organizacją członkowską, zostało utworzone w 1995 roku z 19 organizacji hospicyjnych istniejących w tamtym czasie. Początkowe wysiłki poczynione dobrowolnie przez wykwalifikowanych pracowników opieki hospicyjnej i paliatywnej, połączone z dofinansowaniem z Instytutu Społeczeństwa Otwartego, miały istotny wpływ na zyskanie uznania decydentów. Narodowy program edukacji w opiece paliatywnej, akredytowany przez Ministerstwo Zdrowia, rozpoczął się w 1995 roku. W 1997 roku opieka hospicyjno-paliatywna została uznana przez nową Ustawę o Opiece Zdrowotnej (§99), natomiast w 2002 roku — uwzględniona w rozszerzonych krajowych wytycznych (które opublikowano jako dekret ministerialny w 2010 roku) [1].

Adres do korespondencji: Katalin Hegedűs

Institute of Behavioural Sciences, Semmelweis University

H-1089 Budapest, Nagyvarad ter 4, Węgry

tel.: (36) 20 531 3799, faks: (36) 1 210 2955

e-mail: hegkati@net.sote.hu

Tłumaczenie: Katarzyna Kałużna

*Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2011; 5, 1: 16–21

Copyright © Via Medica, ISSN 1898–0678

W 2003 roku organizacje zajmujące się opieką paliatywną zainicjowały kampanię medialną, domagając się dochodzenia parlamentarnego w sprawie opieki nad umierającymi pacjentami, która zwróciłaby szczególną uwagę na kwestie praw człowieka i praw pacjenta. W rezultacie w marcu 2004 roku opublikowano zbiór norm minimalnych [2], a Narodowa Służba Zdrowia rozpoczęła finansowanie opieki hospicyjnej w maju tego samego roku.

Poczynając od 1995 roku, Węgierskie Towarzystwo Opieki Hospicyjnej i Paliatywnej (HHPA, *Hungarian Hospice-Palliative Association*) odegrało znaczącą rolę w koordynowaniu i organizacji ruchu hospicyjnego na Węgrzech. Szczególnie przyczyniło się ono do ustanowienia podstaw prawnych ruchu, kształcenia liderów wewnątrz systemu edukacji narodowej, publikowania podręczników akademickich i norm oraz opracowania planu utrzymywania kontaktu z osobami uprawnionymi do podejmowania decyzji. Towarzystwo postulowało włączenie zaleceń dotyczących odpowiedniego funkcjonowania ośrodków hospicyjnych do Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych (2005 rok) [3], jak również kwestię członkostwa HHPA w Narodowej Radzie Zdrowia w 2006 roku.

W 2007 roku w Budapeszcie odbył się zorganizowany przez HHPA 10. Kongres Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej (*European Association for Palliative Care*), który zaowocował zwróceniem szczególnej uwagi na konieczność dalszego rozwoju opieki hospicyjnej i paliatywnej na Węgrzech i w krajach Europy Wschodniej.

Od października 2010 roku HHPA koordynuje działalność 80 krajowych ośrodków hospicyjnych (11 jednostek szpitalnej opieki hospicyjnej, 64 zespoły domowej opieki hospicyjnej, 2 hospicja w domach opieki, 3 szpitalne zespoły wsparcia). W ośrodkach tych w sumie pracuje lub podejmuje działalność wolontaryjną 1200 osób. Na Węgrzech docelowa grupa podopiecznych hospicjów to pacjenci onkologiczni w terminalnej fazie choroby, których średnia długość życia wynosi mniej niż 6 miesięcy. Stanowią oni w przybliżeniu 90% podopiecznych. Biorąc pod uwagę, że ogólna liczba ludności na Węgrzech wynosi 10 milionów, w 2009 roku współczynnik umieralności wynosił 130,4 na 100 000 mieszkańców, z czego 33,1 osób zmarło z powodu nowotworu. Z tej grupy 4,8 osobom zapewniono opiekę hospicyjną.

Materiał i metody

Ocenę hospicjów na Węgrzech wykonano za pomocą analizy SWOT. Przeprowadzając analizę, autorka przyjrzała się czynnikom wewnętrznym w po-

staci mocnych i słabych stron instytucjonalnego systemu opieki hospicyjnej i paliatywnej, jak również czynnikom zewnętrznym w postaci szans i zagrożeń dla systemu [4]. Dane zgromadzone do analizy zebrano w postaci ankiety przeprowadzonej przez Węgierskie Towarzystwo Opieki Hospicyjnej i Paliatywnej. W styczniu 2010 roku ankiety rozesłano do 69 ośrodków hospicyjnych działających wówczas w strukturach towarzystwa, z czego 49 ośrodków odesłało wypełnione ankiety. Razem z ogólnymi danymi demograficznymi (rok założenia, świadczone usługi, liczba łóżek lub wizyt domowych, liczba podopiecznych, najczęstsze diagnozy, średnia długość pobytu, współczynniki umieralności) zebrano dane dotyczące struktury personelu i jego wykształcenia, oferty dodatkowych szkoleń, wykorzystania różnorodnych form wsparcia w bliskim otoczeniu, jak również spostrzeżenia dotyczące napotykaných trudności.

Wyniki

Mocne strony

Rozwój istniejących form i wydajności opieki

W sumie 69 instytucji zdrowia i zespołów opieki zapewniało opiekę hospicyjną na Węgrzech w 2009 roku:

- 11 jednostek szpitalnej opieki hospicyjnej (z liczbą 171 łóżek);
- 53 zespoły domowej opieki hospicyjnej;
- 2 hospicja w domach opieki, zapewniające opiekę przede wszystkim starszym dorosłym (z liczbą 15 łóżek);
- 3 mobilne zespoły szpitalne (szpitalne zespoły wsparcia).

Liczba łóżek szpitalnych w 2009 roku wynosiła w sumie 186.

Zgodnie z danymi pozyskanymi od badanych organizacji, ogólna liczba pacjentów objętych opieką hospicyjną w 2009 roku wynosiła 4861. Jednostki szpitalnej opieki hospicyjnej zapewniły opiekę 1887 pacjentom, natomiast zespoły domowej opieki hospicyjnej 2974. U 97% osób objętych opieką hospicyjną zdiagnozowano nowotwór, a średnia długość opieki wynosiła 40 dni. Łóżka w jednostkach szpitalnej opieki były wykorzystywane tylko w 80%, a średni okres oczekiwania na przyjęcie wynosił 12 dni. Spośród wszystkich osób przyjętych do jednostek szpitalnej opieki 74% zmarło w tej jednostce. Podczas oczekiwania na miejsce zmarło 323 pacjentów, co wskazuje na niewystarczającą liczbę dostępnych łóżek i tym samym na ogromną potrzebę poprawy sytuacji. Służby domowej opieki hospicyjnej zanotowały współczynnik umieralności na po-

ziomie 75%. Odsetek zgonów w domach wynosił 38%. Najczęstszą lokalizacją zdiagnozowanych nowotworów były: płuca, okrężnica, piersi, prostata oraz nowotwory głowy i szyi. W porównaniu z wcześniejszymi okresami, kiedy to średni wiek pacjentów wynosił 75 lat, pacjenci są stosunkowo młodszy (przeważnie w wieku 61–71 lat).

Kompleksową działalność hospicyjną można zaobserwować w Budapeszcie, Miskolcu oraz w Peczu. Dla przykładu, *Budapest Hospice House* (działający w obrębie Węgierskiej Fundacji Hospicyjnej) posiada jednostkę szpitalnej opieki hospicyjnej oraz centrum koordynacyjne opieki domowej, jak również poradnię leczenia bólu i ośrodek dziennej opieki. Instytucja ta jest zaangażowana w działalność psychoonkologiczną, prowadzenie telefonu zaufania oraz organizację szkoleń dla wykwalifikowanych pracowników i grup wsparcia dla osieroconych. Hospicjum w Erzsébet (Fundacja Hospicyjna Erzsébet) zapewnia podobne świadczenia w Miskolcu. W Peczu opieka hospicyjna obejmuje jednostkę szpitalnej opieki hospicyjnej, opiekę domową, świadczenia socjalne oraz centrum kształcenia. Wszystkie instytucje hospicyjne i zespoły domowej opieki wykorzystują interdyscyplinarne podejście do opieki.

Regulacje prawne oraz system finansowania

Artykuł 99 Ustawy o Opiece Zdrowotnej (1997 r.) zapewnia regulacje prawne oraz wsparcie dla opieki hospicyjnej. Opiekę hospicyjną definiują ponadto minimalne normy (*Minimum Standards*) (2004 r.) oraz profesjonalne wytyczne (*Professional guidelines*) (lata 2002, 2010).

Państwowa służba zdrowia na Węgrzech rozpoczęła finansowanie opieki hospicyjnej w 2004 roku. Stosownie do systemu kwotowego opracowanego przez Krajowy Fundusz Ubezpieczenia Zdrowotnego, 90% podopiecznych hospicjów powinni stanowić pacjenci onkologiczni w terminalnej fazie choroby. Lekarz rodzinny może zalecić domową opiekę hospicyjną na początkowy 50-dniowy okres, który można 2-krotnie przedłużyć, jeśli zostaną spełnione określone warunki. Fundusze publiczne na podstawie minimalnych norm narzucają restrykcyjne uregulowania kontroli jakości oraz stały nadzór nad sprawowaniem opieki hospicyjnej.

Szkolenia zawodowe

W 2009 roku na Węgrzech odbyły się 34 różnorodne hospicyjne programy szkoleniowe, w których w sumie uczestniczyło 1038 osób (w tym nie tylko pracownicy hospicjów). Zgodnie z normami, pracownicy służby zdrowia powinni odbyć minimum

40 godzin szkolenia hospicyjnego przed rozpoczęciem pracy w hospicjum. Średnio 75% członków zespołów szkoleniowych odbyło szkolenia w zakresie różnych aspektów opieki hospicyjnej. Godnym odnotowania jest fakt, że na Węgrzech ponad 250 pielęgniarek ma specjalizację zwaną „pielęgniarka hospicyjna i koordynator” oraz że rocznie 200–250 studentów medycyny uczęszcza na 30-godzinny kurs z zakresu tanatologii i opieki paliatywnej, który jest oferowany w ramach przeddyplomowego programu nauczania studentów medycyny.

Słabe strony

Rozbieżności organizacyjne i regionalne

Pod koniec 2009 roku istniało 69 ośrodków hospicyjnych działających na terenie kraju, natomiast w październiku 2010 roku liczba ta wzrosła do 80. Wpływ na to mogło mieć nowe rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia, zezwalające ośrodkom domowej opieki na zapewnianie usług hospicyjnych refundowanych przez Narodową Służbę Zdrowia. Różnica między opieką domową a domową opieką hospicyjną polega na tym, że opieka domowa ma za zadanie zapewnić rehabilitację tym pacjentom, którzy rokują nadzieję na wyleczenie, natomiast domowa opieka hospicyjna została stworzona z myślą o zapewnieniu opieki tylko pacjentom w stanie terminalnym.

Niestety, Narodowa Służba Zdrowia zahamowała niedawno rozwój jednostek szpitalnej opieki hospicyjnej. Stanowi to poważny problem do rozwiązania, ponieważ zaniedbanie i opóźnienie realizacji planu zwiększenia liczby łóżek hospicyjnych doprowadzi do znacznej dysproporcji, biorąc pod uwagę gwałtowny rozwój domowej opieki hospicyjnej (wydaje się, że preferencje skłaniają się w kierunku domowych hospicjów).

Poza rozbieżnością organizacyjną istnieje również rozbieżność geograficzna. Opieka hospicyjna obejmuje prawie 70–80% kraju, jednak jest o wiele bardziej rozwinięta na obszarach miejskich znajdujących się w zachodniej części Węgier. Pozostałe, nieobjęte opieką 20–30% to przede wszystkim obszary wiejskie.

Zakres oraz jakość opieki

Procentowe zobrazowanie działań z zakresu domowej opieki hospicyjnej nie odzwierciedla potencjalnej interdyscyplinarności i złożoności tej formy opieki. Przeważa opieka pielęgniarska. Stanowi ona 58% wszystkich zapewnianych usług, podczas gdy inne działania będące istotą wysokiej jakości opieki paliatywnej są wykorzystywane w niewielkim stopniu. Dokładniej rzecz biorąc, długoterminowe lecze-

nie bólu sprawowane przez pielęgniarki stanowi 21%, fizjoterapia — 4%, fizykoterapia — 1%, działalność socjalna — 2%, opieka żywieniowa — 2%, działania dotyczące zdrowia psychicznego — 3%, leczenie paliatywne zapewnione przez lekarza — 10%. Najbardziej uderzający jest niski wskaźnik działań dotyczących zdrowia psychicznego. Dla przykładu, doświadczony zespół domowej opieki hospicyjnej na Węgrzech Zachodnich zapewnił opiekę hospicyjną w 3460 przypadkach, przy czym działania dotyczące zdrowia psychicznego, mimo dostępności dwóch niepełnoetatowych psychologów, zastosowano tylko w 84 przypadkach. Jako przyczynę niedostatecznego zapewnienia odpowiedniego zakresu usług świadczeniodawcy najczęściej wskazują niewystarczające finansowanie. Pozyskanie tych dodatkowych środków finansowych jest konieczne dla zapewnienia wysokiej jakości opieki hospicyjnej.

Niska świadomość i niedostateczna edukacja w dziedzinie opieki paliatywnej i leczenia bólu wśród lekarzy

Najbardziej zniechęcającym czynnikiem może być brak zrozumienia dla konieczności zapewnienia opieki hospicyjnej. Jeden ze świadczeniodawców w Budapeszcie, który zabezpiecza domową opiekę hospicyjną od 2004 roku, napisał:

„Mimo naszych starań kierowanych do lekarzy z myślą o tych pacjentach, którzy potrzebują naszej opieki (ciągłe dostarczanie informacji, kontraktowanie świadczeń dla instytucji onkologicznych, komunikaty itp.), przyjmujemy zaledwie kilku pacjentów. Niedawno mieliśmy pod swoją opieką 9 podopiecznych na okres 2–3 dni, którzy trafili do nas właściwie w ostatnich dniach życia. Mamy problemy z uświadamianiem lekarzom rodzinnym, czym jest opieka hospicyjna. Albo nie zdają sobie oni sprawy ze znaczenia pomocy, jaką możemy zaoferować, albo brak im dostatecznej empatii i współczucia lub nie przychodzi im na myśl, że nasza praca może być potrzebna”.

Na potrzebę zmiany poglądów wskazuje również fakt, że w 2000 roku zaledwie 0,5% zajęć w programie kształcenia studentów medycyny oraz 0,7% kształcenia pielęgniarek skupiało się na leczeniu bólu, leczeniu objawowym, opiece psychologicznej, śmierci i umieraniu, osieroceniu oraz ich komunikacyjnych i etycznych aspektach [5, 6]. Mimo że od 2000 roku nastąpiło wiele zmian, takich jak wprowadzenie do kształcenia medycznego szkoleń z zakresu tanatologii/terapii paliatywnej, rozwój nauczania związanego z komunikacją w medycynie, włączenie modułu opieki hospicyjnej do programu kształcenia pielęgniarek, wydają się one niewiele

zmieniać w postawie oraz świadomości opieki hospicyjnej na Węgrzech. Wśród większości lekarzy wciąż panuje bowiem przekonanie, że opieka paliatywna stanowi jedynie element opieki pielęgniarskiej, podczas gdy w wielu innych krajach europejskich oraz w Stanach Zjednoczonych medycyna paliatywna jest specjalizacją, w której lekarze mogą się kształcić.

Najczęściej spotykane problemy organizacji hospicyjnych

Badane organizacje zgłaszały problemy, które można zgrupować wokół następujących zagadnień (w nawiasie podano, jak często były one wspomniane):

- nieodpowiednia postawa lekarzy rodzinnych, brak wiedzy, brak informacji (16);
- niewystarczające finansowanie (14);
- zbyt późne kierowanie pacjentów do systemu opieki paliatywnej i hospicyjnej (11);
- niewielu wykwalifikowanych specjalistów, brak personelu (lekarzy, psychologów, fizjoterapeutów) (8);
- spory z zakładami ubezpieczeń zdrowotnych (problemy z dokumentacją, zwrotem kosztów itp.) (5);
- problemy infrastrukturalne, trudności biorące się z dystansu między domem pacjenta a miastem/szpitałem (5).

Szanse

Rozwój działalności związanej z zarządzaniem

Wziąwszy pod uwagę środki niezbędne do sprawnego działania organizacji hospicyjnych, warto odnotować, że wsparcie z Narodowej Służby Zdrowia pokrywa zaledwie 50–70% budżetów większości tych organizacji. Aby zapewnić wysoką jakość opieki hospicyjnej, instytucje te muszą znaleźć inne środki na sfinansowanie potrzebnych działań. Spośród 49 badanych organizacji 27 wykazało, że aby uzupełnić wkład Narodowej Służby Zdrowia lub innego źródła wsparcia społecznego, wykorzystano inne środki, takie jak finansowanie z Ministerstwa Opieki Społecznej lub pomoc lokalnych władz. W porównaniu z poprzednimi latami zaobserwowano wzrost rozwoju działań w zakresie pozyskiwania funduszy.

Warto wspomnieć, że 14 organizacji hospicyjnych ma do swojej dyspozycji 1% podatku dochodowego od osób fizycznych (podatnicy na Węgrzech mogą wskazać, że chcą przekazać 1% odprowadzonych podatków na opiekę hospicyjną) oraz że 11 ośrodków hospicyjnych z powodzeniem przedłożyło wnioski i otrzymało wsparcie z Narodowego Fun-

duszu Obywatelskiego i innych źródeł dotacji państwowych. Ponadto, 19 organizacji zgłosiło otrzymanie darowizn, 16 otrzymało wsparcie od fundacji, a 3 organizacje skorzystały z funduszy i dotacji od władz lokalnych.

Doprecyzowanie standardów zawodowych

W latach 2009–2010 rozpoczął się dalszy rozwój minimalnych norm i profesjonalnych wytycznych ze szczególnym naciskiem na określenie odpowiednich/optimalnych poziomów świadczenia usług, profesjonalnych składów zespołów hospicyjnych, poziomu szkoleń/kształcenia oraz kwalifikacji pożądaných do pracy w hospicjum. Celem było ustanowienie szczegółowych kryteriów dla specjalistycznej opieki hospicyjnej będących standardami w całym kraju [7].

Zrozumienie dla istnienia potrzeby utworzenia odrębnej specjalizacji z opieki paliatywnej jest konieczne, aby umocnić medyczną stronę tego rodzaju opieki. Zasadniczym celem takiej inicjatywy będzie ustanowienie oddziałów opieki paliatywnej na co najmniej jednym z uniwersytetów/wydziałów medycznych. Mimo istnienia licznych międzynarodowych modeli oraz centrów doskonalenia, władze węgierskich uczelni jak dotąd lekceważą potrzebę połączenia edukacyjnych i badawczych modeli w dziedzinie medycyny paliatywnej.

Umacnianie zmiany postawy społecznej, angażowanie sfery cywilnej

Dwa ruchy społeczne urosły w siłę, jeśli chodzi o propagowanie zmiany postawy w społeczeństwie. Jeden z nich jest powiązany ze Światowym Dniem Hospicjów i Opieki Paliatywnej. W 2010 roku 10 miejsc pełniło rolę gospodarzy różnorodnych imprez (koncerty, wystawy, wiece itd.), skupiając się szczególnie na umierających pacjentach [8]. Drugi ruch, prowadzony przez Węgierską Fundację Hospicyjną, zwany jest programem Pola Godności (w obrębie większego projektu Pola Nadziei). Składa się on z imprez organizowanych z wykorzystaniem symbolu żonkili w okresie ich kwitnienia na wiosnę i ma na celu podnoszenie świadomości oraz skierowanie uwagi społeczeństwa na osoby cierpiące u kresu życia. Zgodnie z powszechną międzynarodową praktyką, program obejmuje również uczniów.

Zagrożenia

Opieka przewlekła, hospicyjna czy domowa?

Największym zagrożeniem jest chaos wśród definicji opieki przewlekłej, opieki domowej i opieki hospicyjnej. W przypadku przewlekłej opieki szpitalnej oraz opieki domowej formą dominującą jest

opieka pielęgniarska, natomiast szpitalna opieka hospicyjna oraz domowa opieka hospicyjna obejmują opiekę specjalistyczną i interdyscyplinarną, i nie ograniczają się tylko do świadczeń pielęgniarskich. Stosunkowo szybki rozwój opieki hospicyjnej wewnątrz organizacji zajmujących się przewlekłą i domową opieką nie oznacza jeszcze zmiany postawy, ponieważ nawet zarządzający tymi organizacjami mają trudności w rozróżnieniu tych dwóch form opieki.

Brak spójnej i wyczerpującej polityki zdrowotnej

Brak wyczerpującej polityki zdrowotnej jest jednym z głównych czynników stojących na przeszkodzie rozwojowi opieki hospicyjnej. Fragmentaryczne i niekonsekwentne działania rządu są prawdopodobnie rezultatem ciągłych zmian politycznych. Na Węgrzech całkowita zmiana zarządzających w ministerstwach zdrowia odbywa się co 1–2 lata, przez co spójność w polityce zdrowotnej jest niemożliwa. Niestety, jak dotąd nie przyznano wysokiego priorytetu dla uznania oraz finansowania opieki hospicyjnej (w 2009 roku zapewniono/sfinansowano leczenie hospicyjne jedynie 4800 pacjentom).

Wnioski

Przeprowadzenie analizy SWOT opieki hospicyjnej na Węgrzech (tab. 1) miało na celu pogłębienie wiedzy o mocnych stronach oraz o czynnikach mogących utrudniać rozwój wysokiej jakości opieki w obrębie istniejącego od 1991 roku systemu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Do mocnych stron zaliczają się dobrze rozwinięte uregulowania prawne (ustawy, normy, normy minimalne), poparcie i finansowe wsparcie rządu (mimo że ograniczone) oraz wielopoziomowe szkolenia zawodowe dostępne w różnych miejscach. Słabe strony to przede wszystkim brak faktycznej interdyscyplinarności oraz deficyt lekarzy. Powodzeniu może zagrażać również brak kompleksowej, uogólnionej polityki zdrowotnej, charakterystyczny dla systemów politycznych państw Europy Środkowo-Wschodniej. Spośród szans warto wspomnieć i zarazem podkreślić rozwój struktur zarządzania, określenie kompetencji i wymogów zawodowych oraz obietnicę dalszego rozwoju jednostek opieki paliatywnej wewnątrz klinik uniwersyteckich.

Przeprowadzoną w niniejszej pracy analizę można uznać za „wycinek” informacji na temat stanu systemu opieki hospicyjnej i paliatywnej w jednym z dawnych państw socjalistycznych Europy Środkowo-Wschodniej. Wiele elementów może przypominać rozwiązania stosowane w innych państwach

Tabela 1. Podsumowanie analizy SWOT opieki hospicyjnej na Węgrzech

Mocne strony	Słabe strony
Rozwój istniejących form i wydajności opieki Ustanowienie podstaw prawnych Uzyskanie dodatkowych źródeł finansowania Szkolenia podstawowe z dużą liczbą uczestników Szkolenia zawodowe Poprawa uznania społecznego Znaczne uznanie na arenie międzynarodowej	Rozbieżności organizacyjne i regionalne Niedostateczne finansowanie Problemy z jakością opieki, brak interdyscyplinarności Brak zrozumienia dla konieczności utworzenia specjalizacji z medycyny paliatywnej Brak dostatecznej wiedzy w dziedzinie opieki paliatywnej i leczenia bólu wśród lekarzy Nierozwiązany lub częściowo rozwiązany problem szkoleń z zakresu opieki paliatywnej dla lekarzy Brak jednostek opieki paliatywnej wewnątrz klinik uniwersyteckich
Szanse	Zagrożenia
Rozwój działalności związanej z zarządzaniem Określenie kompetencji i wymogów zawodowych oraz zasad współpracy poszczególnych specjalistów w opiece nad pacjentem Umacnianie zmiany postawy społecznej Angażowanie sfery cywilnej	Chaos w definiowaniu opieki przewlekłej, domowej i hospicyjnej Brak koncepcji rozwoju wyczerpującej polityki zdrowotnej

w regionie, ale może również dostarczać informacji specjalistom medycyny paliatywnej w krajach wysoko rozwiniętych, posiadających rozwinięte programy opieki hospicyjnej i paliatywnej. Ogólnie rzecz biorąc, opieka hospicyjna na Węgrzech odgrywa bardzo ważną rolę, mimo opinii że znajduje się wciąż „w powijakach”. Jak wyjaśnia Marie de Hennezel: „Ci, którzy są mają zaszczyt towarzyszyć komuś w ostatnich chwilach życia, wiedzą, że wkraczają w najbardziej intymny okres...” [9].

Podziękowania

Autorka pragnie wyrazić swoją wdzięczność Pani Profesor Ellen. L. Csikai, (MSW, MPH, Ph.D, Associate Professor, School of Social Work, Uniwersytet Stanu Alabama, Stany Zjednoczone) za cenne komentarze i pomoc podczas pisania tej pracy.

Piśmiennictwo

1. Hegedűs K., Szy I. (red.). Palliative Care of Terminally Ill Cancer Patients. Professional guidelines. 2nd improved and extended edition. Hungarian Hospice-Palliative Asso-

- ciation, Budapest 2002. Dostępne na: http://www.hospice.hu/english/hospice_in_hu.php?almenu=8#szoveg (dostęp: 25.10.2010).
2. Hospice Minimum Standards. Ministerial Decree no. 15/2004. (III.8.). Dostępne na: http://www.hospice.hu/english/hospice_in_hu.php?almenu=2#szoveg (dostęp: 25.10.2010).
3. Palliative care in the National Cancer Control Program in Hungary. Dostępne na: http://www.hospice.hu/english/hospice_in_hu.php?almenu=4#szoveg (dostęp: 28.10.2010).
4. László G. Successes, failures and difficulties — SWOT analysis and evaluation of the national hospice system.) Kharón Thanatológiai Szemle 2008; 12 (3–4) (po węgiersku).
5. Hegedűs K., Pilling J., Kolosai N., Bognár T. Attitudes of nurses and medical students related to death and dying. Lege Artis Medicinae 2001; 11: 492–499 (po węgiersku).
6. Hegedűs K., Pilling J., Kolosai N., Bognár T., Békés V. Attitudes of physicians related to death and dying. Orvosi Hetilap. 2002; 143: 2385–2391 (po węgiersku).
7. Professional guidelines on hospice and palliative care of terminal adult and paediatric cancer patients. Ministerial decree. Egészségügyi Közlöny 2010; 60: 1458–1547 (po węgiersku).
8. Hungary — World Hospice and Palliative Care Day. Dostępne na: <http://www.hospice.hu/english/hnews.php?kinyit=0#0> (dostęp: 29.10.2010).
9. Hennezel M. Intimate Death: How the dying teach us how to live. Knopf Publishing Group, 1997. Dostępne na: <http://www.spiritualityandpractice.com/books/excerpts.php?id=13266> (dostęp: 29.10.2010).